

“Jeg tror at beboeren synes det er rart at have flere brugbare valgmuligheder i en angstsituation end bare at tage medicin. Der er helt sikkert en sejr i at kunne overkomme angsten uden at have måtte ty til PN/angstdæmpende medicin”.

- kontaktperson -



Line Margrete Normann

Cand. mag. i musikterapi fra Aalborg Universitet efteråret 2004 med specialet “Musikterapi i en sosialpsykiatrisk kontekst”. Har fra 1997-1999 læst psykologi, musikvidenskab og socialantropologi ved Norges Tekniske Naturvidenskabelige Universitet. Trondheim, Norge. Er p.t. arbejdsledig og aktivt jobsøgende. Henvendelse: lmn@musikterapi.org

Essay: Musikterapeutisk behandling i en socialpsykiatrisk kontekst?

Line Margrete Normann

Resumé: I dette essay vil jeg reflektere over det behandlingsaspekt der er gældende (eller manglende?) i socialpsykiatrien. Jeg beskriver hvad jeg mener med behandling, hvad musikterapeutisk behandling er, og jeg beskriver den kliniske behandlerrolle. Jeg forklarer, hvilke hindringer og argumenter der er, for at et musikterapeutisk behandlingstilbud kan integreres i en socialpsykiatrisk kontekst. Videre beskriver jeg, hvad jeg mener, musikterapi kan tilbyde sindslindende, hvor jeg også refererer til hvordan brugeren oplever musikterapi og citerer tre brugeres udsagn om at gå i musikterapi.

Indledning

Essayet tager udgangspunkt i mine praktikerfaringer i socialpsykiatrien samt mit kandidatspeciale i musikterapi, "*Musikterapi i en socialpsykiatrisk kontekst*" (Normann 2004).

Efter at have afsluttet et længere praktikophold indenfor socialpsykiatrien som led i uddannelsen til kandidat i musikterapi, blev jeg mere og mere opmærksom på at der i medierne til stadighed er spørgsmål og debat angående psykisk syge og kriminalitet, kvalitetsudvikling af pleje og behandling, et stigende antal af genindlæggelser samt reduktioner af sengepladser på hospitalerne. Samtidig har jeg undret mig over den vægtning der er på behandling på selve hospitalerne, frem for hvad der tilbydes patienterne når de udskrives.

Indledningsvis skal det siges at det er socialpsykiatrien i Københavns Amt og Kommune, jeg tager udgangspunkt i. Her tilhører socialpsykiatrien Socialforvaltningen, mens hospitalerne og distriktspsykiatrien hører under Sundhedsforvaltningen. Skellet mellem disse instanser er at man kalder hospitals- og

distriktspsykiatri for *behandlingspsykiatri*, mens man i socialpsykiatrien kalder tilbuddene for *psykosocial rehabilitering*. Organiseringen af psykiatrien ser forskellig ud i mange af landets amter og kommuner. Alligevel vil jeg påstå at der fælles for mange af amterne og kommunerne er en grundholdning om at man ikke må 'behandle' i socialpsykiatrien.

Socialpsykiatriens modstand mod behandling

Den modstand, jeg kan fornemme angående behandling i socialpsykiatrisk regi, har vakt en stor nysgerrighed i mig. Jeg blev bl.a. under mit praktikforløb fortalt at socialpsykiatrien ikke tilbyder behandling, og at de forskellige ledere, jeg talte med, ikke ønsker at forholde sig til et sådant begreb. De vil hellere kalde tilbuddene rettet mod sindslidende for *rehabilitering, træning, støtte, hjælp, aktiviteter* osv. Denne holdning finder jeg også udtrykt i den socialpsykiatriske litteratur, bl.a. Videnscenter for Socialpsykiatri (VISP) 2000a, 2000b og Københavns Amt 2002.

Hvad der er årsag til en sådan modstand kan man kun gisne om. Jeg har kontak-
tet repræsentanter fra både Socialministe-

riet og Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, men ingen af dem giver et entydigt svar på hvorfor man ikke må behandle i socialpsykiatrien.

Min teori er at man opbyggede socialpsykiatrien som et modstykke til hospitalernes naturvidenskabelige og biomedicinske tilgang samt et til dels reduktionistisk syn på patienten. Derfor har socialpsykiatrien et humanistisk menneskesyn hvor fokus er på brugerne og deres ønsker og behov. Ydermere er socialpsykiatrien et forholdsvist nyt tilbud i psykiatrisk sammenhæng, og vil derfor muligvis møde modstand overfor det mere etablerede behandlingssystem, da behandling i socialpsykiatrien kan opleves som en indtræden på andre behandleres enemærker.

Spørgsmålet er således om en dogmatisk og 'politisk korrekt' opdeling af behandlingspsykiatri og socialpsykiatri er hensigtsmæssig, og om det kommer målgruppen til gode?

Hvis udgangspunktet er, at det er vigtigt klart at definere i hvilket regi, der foregår behandling, og i hvilket der ikke gør, mener jeg, der opstår et problem, når det i praksis viser sig at samarbejdet mellem instanser måske ikke fungerer optimalt. I dette tilfælde får brugerne i socialpsykiatrien ikke det tilbud om terapi og behandling som de kan have behov for. Efter min mening er det ikke fornuftigt at opdele behandling i de forskellige instanser som enten/eller. Det burde i stedet være både/og.

Socialpsykiatriens manglende behandlingsbegreb

Socialpsykiatrien benytter ikke et behandlingsbegreb da dets arbejdsfelt er det sociale arbejde og ikke den traditionelle psykiatri (VISP, hjemmeside). Københavns Amt (2002) beskriver at det er hospitalspsykiatriens opgave at diagnosticere, observere og behandle den sindslidende så symptomerne på sindslidelsen lindres eller fjernes helt. Selv om det ikke har været muligt for mig at finde et udtalt

eller beskrevet behandlingsbegreb i socialpsykiatrisk regi, hedder det hos Københavns Amt at tilbud om behandling kan gives efter § 86 i serviceloven. § 86 giver mulighed for at der gives behandling udover socialpsykiatriske tiltag. De siger f.eks. at behandling kan gives i de tilfælde, hvor det er nødvendigt, for at bevare eller forbedre den sindslidendes fysiske, psykiske eller sociale funktion. Der kan være tale om psykoterapeutisk, sygeplejemæssig, fysioterapeutisk, specialpsykiatrisk eller anden behandling (Københavns Amt 2002). Det beskrives ikke hvor denne behandling eventuelt skal foregå, og det er ikke min oplevelse at indholdet af denne paragraf er en aktiv og eksplicit del af den fælles socialpsykiatriske bevidsthed.

Hvis socialpsykiatrien ikke har en behandlingsdimension, men alligevel har et anvendt psykologisk praksisfelt med kontakt- og relationsdimensioner som sit centrale arbejdsfokus, undrer det mig, når jeg læser i socialpsykiatrisk litteratur, at der er "brug for mere fokus på sociale behov og personlig udvikling" eller "kvalitetssikring" for brugerne (VISP 2000a, Lundsteen & Olsen 2002). Hvordan skal dette kunne lade sig gøre hvis man skal tænke udover sociale handleplaner og brugerindflydelse? For mig er det indlysende at tage terapi i betragtning, og i praksis tror jeg det afhænger af hvordan man definerer behandling, terapi, støtte og hjælp. Min oplevelse har været at der eksisterer en holdning i socialpsykiatrien om at behandling yder en negativ indflydelse på brugerens selvbestemmelsesret og integritet. Taget i betragtning hvilke brugere der er i socialpsykiatrien, og med formodningen om at socialpsykiatrien tager afstand fra terapi og behandling, får det mig til at spekulere over om socialpsykiatrien mener at terapeuter, psykologer, psykoterapeuter og andre behandlere repræsenterer en sygeliggørelse af brugerne? Det er ikke min erfaring at terapeuter har et reduktionistisk menneskesyn der udelukkende fokuserer på det 'syge' i brugeren, og med henvisning til at musikterapeuter organiseret i Musikterapeu-

ternes Landsklub (MTL) står inde for en række etiske retningslinier, anser jeg denne frygt som ubegrundet. Mit spørgsmål bliver om man kan frasige socialpsykiatrien enhver form for behandlingsdimension, og om det eventuelt er etisk rigtig?

Jeg mener der er flere paralleller mellem psykoterapi og den socialpsykiatriske indsats. Forholdet mellem behandling og personlige forholdemåder må siges at gøre sig gældende i mange af de tilbud som bliver givet siddende. Da brugerne selv lægger vægt på kontakten og relationen til et andet menneske (Karpatschof 2002), og ligeledes ønsker andre muligheder end kun at tage medicin i forhold til personlig udvikling (udtalelser fra bruger på kursus "Skizofreni", PsykiatriFonden 2004). Hvorfor ikke give brugere muligheden for kontakt gennem en terapeutisk relation hvis de ønsker det, på trods af at de nu tilhører socialpsykiatrisk regi? Ved at tilbyde musikterapi – ikke som et alternativ til andre tilbud i socialpsykiatrien, men som et supplerende tilbud – mener jeg brugerne står endnu bedre rustet. Jeg mener at en integration af kvalificerede behandlingstilbud på længere sigt vil føre til færre indlæggelser i hospitalspsykiatrien.

København Amt skriver bl.a. at socialpsykiatriens grundlæggende forståelse må bygges på dynamiske teorier om at menneskets indre verden påvirkes af forandringer i den ydre verden. I socialpsykiatrien prioriteres derfor en tilrettelæggelse og strukturering af den ydre kaotiske verden, for at gøre den indre verden mindre kaotisk for brugeren (Københavns Amt 2002). Denne argumentation har jeg lyst til at vende om: ved også at afhjælpe den indre kaotiske verden, kan man gøre den ydre verden mindre kaotisk.

Jeg finder det vigtigt at tilbyde denne målgruppe mulighed for kontinuerlige og længerevarende behandlingsforløb, frem for at disse brugere skal ind i hospitals- eller distriktpsykiatrisk regi, når de oplever ekstra behov for hjælp. Jeg mener at

behandlingspsykiatrien i praksis i sjælden grad benyttes som supplement til socialpsykiatrien. Efter mine erfaringer er mange af socialpsykiatriens brugere mennesker som trænger til terapeutiske tilbud i dagligdagen, uden nødvendigvis at måtte indlægges på psykiatrisk hospital.

Behandling

Ordet og betydningen af behandling, mener jeg, er mere end at være i aktivitet, blive støttet eller modtage hjælp. Når en psykoterapeutisk behandler aktivt arbejder sammen med et andet menneske ud fra nogle på forhånd aftalte individuelle målsætninger og arbejdsområder, ser jeg det som behandling. Ligeledes er der klart definerede rammer omkring behandlingsforløbet hvor den enkelte session og forløbets varighed og tidspunkt er aftalt, før terapien påbegyndes, og der skal foretages en evaluering både undervejs og efter forløbet.

For at kalde sig behandler mener jeg, man skal have en uddannelse og en erfaringsmæssig baggrund, som gør at man er kompetent til at indgå i en behandler rolle.

En definition, der har været med til at inspirere mit syn på behandling, lyder:

"Ordet behandling er traditionelt blevet opfattet som et begreb, der tilhører det lægelige område, underforstået: behandling af en sygdom. I dag er denne opfattelse for snæver. Behandling retter sig ikke alene mod en sygdom og dens symptomer. Den retter sig også, eller burde gøre det, mod at forebygge sygdommens opståen, tilbagefald under kroniske sygdomme og mod at kompensere for følger tilstande – legemlige, psykiske og sociale – af sygdommen. Dette gælder, eller burde gælde ikke kun for de psykiatriske, men for alle sygdomstilstande" (Hoff & Reisby 1995, s. 13).

Specielt sidste del af udsagnet mener jeg er meget relevant for brugere i socialpsykiatri-

en. At behandling retter sig mod at forebygge tilbagefald under kroniske lidelser og mod at kompensere for følgetilstande – legemlige, psykiske og sociale aspekter af lidelsen – mener jeg mange af socialpsykiatriens brugere kan profitere fra. Jeg mener også at det er dette samtlige instanser, der har med sindslidende at gøre, bør tilbyde.

I en socialpsykiatrisk kontekst¹ er det muligvis ekstra vigtigt at påpege at samværet i terapien er klient-centreret. Det er brugeren selv som så vidt muligt skal styre sin egen proces, samt realisere sine egne mål og udviklingsmuligheder. Som behandler stiller jeg mig til rådighed med min kompetence og fungerer dermed som katalysator og resonansbund for brugeren. Vores samvær bygges på tryghed, tillid, accept og respekt med mulighed for at udvikle en alliance. Der er derfor på ingen måde tale om at terapeuten indtager en eksperterrolle i forhold til brugeren og dennes liv. Menneskeligt er det et fuldt ud ligeværdigt møde, hvor jeg opfatter det som at være en subjekt – subjekt relation. Men terapeuten besidder en viden og nogle redskaber i forhold til indgå i relationer med sindslidende. Som behandler har man nogle særlige kompetencer i forhold til at skabe og formidle kontakt.

Denne viden og brugen af disse redskaber mener jeg, er vigtigt ikke at overse. Det er bl.a. på baggrund af dette jeg er imod en afprofessionalisering i socialpsykiatrien, og at ikke-behandlere i socialpsykiatrien overtager denne terapeutfunktion.

1) Med ordet resonansbund mener jeg at skabe en ramme hvor jeg møder og resonerer det, jeg hører i brugerens ord og musik, uden at dirigere brugeren i en bestemt retning. Samtidigt skal denne intervention være acceptabel for brugeren. Når terapeuten fungerer som resonansbund giver han/hun genlyd og forståelse og forstærker evt. sit eget udtryk. Se bl.a. Pedersen (1998).

2) Se f.eks. ph.d.-afhandlinger af Niels Hannibal (2000), Ulla Holck (2002), Trygve Aasgaard (2002) og Hanne Mette Ridder (2003).

For at understrege overstående synspunkt vil jeg henvise til et interview med psykolog Merete Agger, hvor hun påpeger hvorfor behandling er en nødvendighed for sindslidende. Hun præsenterer et miljøterapeutisk behandlingssyn, og mener at alle der arbejder i socialpsykiatrien arbejder terapeutisk og behandler i en eller anden forstand. Det brugerne gør sammen med de øvrige medarbejdere er at erfare, og det de gør sammen med hende som psykolog er at opnå indsigt. Dermed lærer brugerne både gennem erfaring, men ligeledes gennem indsigt. Hun mener at man er nødt til at reflektere over ens erfaringer, hvis de skal fæste sig i en. Derfor skal brugerne tilbydes både erfaring og indsigt. De er forbundet med hinanden, og det er derfor miljøterapi og psykoterapi supplerer hinanden så godt (Normann 2004). Jeg ser dette som en argumentation for hvorfor der er brug for både medarbejderen og psykoterapeuten bidrag i forhold til sindslidende.

Musikterapeutisk behandling

Jeg mener musikterapi er behandling. Det er et systematiseret og målrettet tilbud. Det har et bestemt mål, en bestemt ramme og varighed, som er præciseret og som bliver evalueret. Det er et tilbud som omfatter mere end det at være i aktivitet, få støtte eller hjælp. Forskningsmæssigt har det vist sig at musikterapi har været med til at lindre, hjælpe, bearbejde, give indsigt og skabe forandring for mennesker i mange forskellige livssituationer².

Musikterapi er en psykoterapeutisk behandlingsform som benytter både samtale og musik. Med udgangspunkt i den enkelte brugers ressourcer bliver potentialer og problemstillinger synliggjort. Disse bliver udforsket, bearbejdet og transformeret gennem musik og samtale i en individuel udviklingsproces. I musikterapi styrer brugerne deres egen proces i så høj grad som muligt, hvor de selv er aktive, og oplevelsesmæssigt

er med til at realisere egen personlig vækst i form af mål, nye indre repræsentationer³ samt udviklings- og handlemuligheder.

Den kliniske behandlerrolle

Jeg anser det for behandling i det øjeblik brugeren går ind i terapilokalet. Det, jeg som behandler gør, tager primært udgangspunkt i det, brugeren siger eller gør. Vores arbejdsaftale går ud på at jeg skal være der for brugeren, og at vi skal arbejde med at de målsætninger, vi er kommet frem til, er det som brugeren ønsker og har behov for. De redskaber jeg som terapeut tager i brug, når jeg lytter, snakker eller spiller, er min reaktion på og fornemmelse af hvad der er brug for i musikken eller samtalen. Her benytter jeg alle mine sanseapparater. Specielt måden jeg lytter på, mener jeg, er vigtig. Det er gennem den jeg kan navigere og organisere min interaktion med den anden part. Ved at være åben og lydhør for det, som endnu ikke har form, kan jeg imødekomme det tvetydige, usagte og det paradoksale. Gennem min lytteattitude⁴ kan jeg invitere brugeren til at blive hørt og mødt, og jeg kan få information om dybden og karakteren af brugerens basale følelser, muligheder for aktive interventioner og timingen i processen (Pedersen 1998, s. 65-90). Ved at lytte åbent og empatisk kan jeg resonere og reflektere⁵ brugerens basale følelser på en måde som er acceptable for den pågældende.

I mødet med den anden part vil jeg altid have modoverføringsaspekter⁶ med. Modoverføring ser jeg som et redskab for at opnå indsigt i brugerens personlighed, samt ubevidste og bevidste konfliktmateriale. For de fleste terapeuter er modoverføringen et uvurderligt redskab, og jeg mener det er evnen til at bruge, øve og lytte til sin modoverføring, som afgør hvordan terapeuten er og kan være tilstede for brugeren. Eksempler på hvordan jeg undersøger min modoverføring kan være:
Hvordan føler jeg mig i denne persons nær-
vær?

Hvilke reaktioner kender jeg fra relationer til andre mennesker?

Er mine følelser, fornemmelser eller reaktioner fremmed i forhold til min 'normaltilstand'?

I samværet identificer eller komplimenterer jeg hvad den anden part siger og gør, og giver mine udspil. I denne proces er timingen en væsentlig faktor. Tidspunktet, jeg identificerer, komplimenterer eller nogle gange også konfronterer på, er afgørende for den videre proces, brugerens respons og måde at være i – og opleve – situationen på. Formålet med måden, jeg lytter og interagerer på, er at brugeren skal kunne føle sig set og mødt i dennes måde at være tilstede/ikke tilstede på, og at det skal kunne give mulighed for at vedkommende selv kan udvikle en positiv indre repræsentation, eller en "lytte til mig selv" kapacitet (Pedersen 1998, s. 65-90). Pedersen påpeger at det at blive lyttet til er en nødvendig basal erfaring for denne målgruppe for at være i stand til at anvende musik reorganisere i deres videre proces (ibid.).

Behandlingsaspekter som supplerer socialpsykiatrien

På baggrund af de erfaringer jeg har indsamlet i mine praktikforløb vil jeg her opstille nogle af de aspekter ved musikterapien som jeg har oplevet at brugerne nyder gavn af:

- Brugeren får total opmærksomhed. Vi

3) Med indre repræsentationer mener jeg en persons indre billeder og forestillinger om den ydre verden, og også sin egen indre verden.

4) Pedersen har beskrevet terapeuten's lytteattitude og lytteperspektiver i mange artikler, f.eks. Nordisk Tidsskrift (Pedersen 1997)

5) Med ordet reflektere mener jeg at jeg tilpasser mig det humør og de holdninger og følelser, brugeren viser.

6) Overføring: Vigtige relationer fra brugerens fortid kommer til syne og bliver understøttet i den terapeutiske situation. Modoverføring: Den korresponderende rolle terapeuten indtager i denne dynamik (Bruscia 1998).

bliver ikke forstyrret af andre mennesker, daglige gøremål, telefoner og lignende. Der er tid og rum til at brugeren kan tage emner op som kan være svære at belyse i andre kontekster.

- Jeg har tid, og det er en del af behandlingen at jeg skal forberede mig til sessionen. Jeg skal gennemgå sessionen efterfølgende, lytte og/eller gennemse audio- og videomateriale. På den måde har jeg mulighed for at fordybe mig i det, som opstod i terapien, og reflektere over hvad der er mest hensigtsmæssigt at gå videre med, udfra det brugeren har præsenteret. Samtidig kan jeg i større grad blive bevidst om egen modoverføring og/eller brugerens overføring.

- Jeg har et arbejdsredskab, musikken, som bevirker at jeg og brugeren sammen kan være i en aktiv og oplevelsesmæssig interaktion. Dermed kan vores samvær få flere dimensioner end ved udelukkende psykoterapeutiske samtaler⁷.

- Jeg har en uddannelse og en træning i at kommunikere personligt og nærværende, og i bevidst at kunne bearbejde det som opstår i terapien.

Argumenter for og imod et musikterapeutisk tilbud i socialpsykiatrien

Selvom den musikterapeutiske behandlerrolle overordnet set er forholdsvis ens, uanset om det foregår i hospitalsregi, socialpsykiatrisk regi eller i et helt andet regi, mener jeg forskellen ligger i konteksten; menneskesynet, idé- og værdigrundlaget, strukturen, den organisatoriske opbygning m.m. I det følgende præsenteres argumenter mod at tilbyde musikterapi i socialpsykiatrien, samt argumenterer for at musikterapi er et relevant tilbud i socialpsykiatrien.

2) Se bl.a. Hannibal (2002) og Normann (2004) for beskrivelser af hvordan musik kan fungere i en terapisituation

Argumenter imod

- Socialpsykiatriens opgave er at dække brugernes primære behov og sociale rettigheder, f.eks. gennem botilbud.
- Socialpsykiatrien har ikke et udtalt eller beskrevet behandlingssyn.
- I socialpsykiatrien må/kan/skal man ikke behandle.
- Socialpsykiatrien ses som et modstykke til behandlingspsykiatrien (hospitals- og distriktspsykiatrien) som skal varetage behandling.

Argumenter for

- Set i forhold til socialpsykiatriens menneskesyn, sundheds-/sygdomssyn og værdigrundlag passer musikterapi teoretisk set ind i en socialpsykiatrisk kontekst. Både socialpsykiatrisk og musikterapeutisk praksis har en humanistisk og hermeneutisk forståelse, og sætter brugeren og brugerens behov i centrum. Både socialpsykiatrien og musikterapien benytter bl.a. en psykodynamisk og systemisk referenceramme for relationer.
- Nogle af socialpsykiatriens brugere behøver hjælp til at udvikle og ændre indre repræsentationer for på tilfredsstillende vis at få opfyldt psykosociale behov samt muligheden for at indgå i sunde relationer.
- At tilbyde psykoterapeutiske forløb på socialpsykiatriske institutioner ændrer ikke det fokus socialpsykiatrien har. En bruger kan gå i terapi og samtidig bevare sin integritet. Medarbejdere og behandlere har de samme mål, bare med forskellige redskaber.
- Brugerne ønsker psykoterapeutiske tilbud, og profiterer af disse.
- Mange brugere i socialpsykiatrien mangler sundhed til fysisk at kunne transportere sig til andre lokaliteter for eventuelt at modtage tilbud som resten af samfundet har adgang til. Derfor er det vigtigt at hjælpen kommer til dem, eller er praktisk tilgængelig.

Hvad kan musikterapi tilbyde sindslidende?

Følgende afsnit er baseret på mit kliniske arbejde i socialpsykiatrien, samt interviews og den litteraturgennemgang jeg lavede i forbindelse med mit speciale.

Mange sindslidende kan have svært ved at erkende, rumme og sætte ord på følelser. Ved aktivt at forholde sig til musik og benytte musiske udtryksformer får den enkelte bruger mulighed for at kontakte følelsesmæssige lag, der ellers kan være vanskelige at nå. Musikterapi er et kontakt- og kommunikationsredskab, hvor man kan udtrykke sig uden ord, og det kan være et alternativ til andre fora, hvor man er nødt til at bruge ord for at kommunikere.

Ved at udtrykke sig på andre måder end dem man ellers gør brug af, får man en ekstra kanal at udtrykke sig gennem. Musik som medie er velegnet til at rumme og iscenesætte erfaringer og problemer som mange sindslidende slås med.

Da musikken er flertydig kan det musikalske samvær give en oplevelse af frihed, fordi en følelse ikke er færdigformuleret, men alligevel udtrykt. I musikterapi kan man på én gang opleve både forskellighed og samhørighed i samspillet uden at føle sig presset i situationen. Dette kan øge tilliden til egne følelser og til det at udtrykke sig sammen med en anden. Herved gives en mulighed for også at vise sine stærke sider.

Gennem musikterapi kan man opdage ressourcer, genetablere funktioner og udvikle nye handlemuligheder. Musikterapi kan være med til at bryde isolation og bevirke at man kan mærke sin eksistens. Der kan ske en integration af polariteter, modsatrettede følelser kan nærme sig hinanden, og der kan ske et sammenfald så man føler sig mere hel som menneske.

Musikterapi kan tilbyde tryghed og et rum, hvor erfaringer og problemer kan komme til udtryk. Et rum hvor der er tid og plads til at styrke ressourcer og til at støtte eksisterende udvikling. Brugeren kan få kontakt til individuelt konfliktmateriale, ændre indre repræsentationer, få hjælp til selvhjælp og til at udvikle strategier der øger livskvaliteten som psykisk syg.

Brugernes oplevelse af musikterapi

For at give nogle eksempler på den brugers oplevelse af musikterapi, vil jeg referere til tre casebeskrivelser som fremlægges i mit kandidatspeciale (Normann 2004). Uden at gå i detalje om forløbene vil jeg citere brugernes udsagn om at gå i musikterapi. Udtalelserne stammer fra et evalueringsskema den socialpsykiatriske institution, jeg var i praktik hos, benyttede for at undersøge brugernes tilfredshed med den psykoterapeutiske behandling, de modtog på stedet. Skemaerne blev udfyldt af brugerne selv med vejledning fra de respektive kontaktpersoner, og blev derefter sendt til undertegnede. De følgende citater (Normann 2004) er gengivet direkte som brugerne har formuleret dem.

“Det har udviklet mine kreative sider”.

“Jeg har blevet rolig”.

“Jeg ønsker at det ville vare længere”.

“Jeg gør stadig brug af de problem-taklingsredskaber som jeg fik”.

“Jeg kunne have ønsket at forløbet varede længere”.

“Jeg blev mere afslappet af det. Jeg kan dæmpe min angst med de øvelser jeg har fået”.

“Terapeuten var meget god til at inspirere og til at få individet til at leve sig ind i den musikalske verden”.

“Det måtte gerne have varet ved i meget længere tid”.

“Jeg tænkte dybere”.

“Indlevelsessevnenes muligheder og enetimerne har været godt”.

Og fra to af kontaktpersonerne ;

“For denne beboer er det oplagt at bruge musikterapi. Det er bestemt også godt for andre sindslidende, da jeg ser det som en knap så direkte måde, at sætte “ord” på fine følelser, og det der kan gøre så voldsomt ondt”.

“Jeg tror at beboeren synes det er rart at have flere brugbare valgmuligheder i en angstsituation end bare at tage medicin. Der er helt sikkert en sejr i at kunne overkomme angsten uden at have måtte ty til PN/angstdæpende medicin”.

Konklusion

På baggrund af min gennemgang af socialpsykiatriens behandlingsaspekt, musikterapeutisk behandling, en beskrivelse af den kliniske behandlerrolle samt et bud på hvad musikterapi kan tilbyde sindslidende, vil jeg konkludere at musikterapi er et yderst relevant tilbud indenfor socialpsykiatrien.

Musikterapi kan tilføje socialpsykiatrien et psykoterapeutisk tilbud. Et tilbud hvor brugerne er aktivt og oplevelsesmæssigt med i deres egen proces. Musikterapi kan være et vigtigt supplement eller alternativ til verbal psykoterapi, og kan være et tilbud for personer som har svært ved at verbalisere og sætte ord på deres erfaringer. Musikterapi kan opleves som mindre konfronterende end andre samværs- og terapiformer. I nogle tilfælde kan musikterapi være en forudsætning for at andre medarbejdere/behandlere kan gå i dialog med brugeren (Normann 2004).

Set i lyset af at de brugere, som er tilknyttet socialpsykiatrisk regi, har omfattende sociale og psykiske problemstillinger, mener jeg at der af etiske hensyn bør gives tilbud om terapeutisk behandling. Socialpsykiatriens behandlingsaspekt er uklart men bør åbne for relevant behandling. Mange mennesker i socialpsykiatrien har brug for og ønsker tera-

pi. Dette anser jeg som samfundets pligt til at imødekomme.

Perspektivering

Da mit speciale undersøger hvad musikterapi kan tilføje de nuværende tilbud i en socialpsykiatrisk kontekst, kommer jeg ikke i dybden med behandlingsaspektet og dertil hørende diskussion. Jeg anser derfor mit speciale som et pilotforsøg til en evt. videre undersøgelse. Det ‘selvomdsigende’ i at tilbyde behandling i denne kontekst stod først klart for mig relativt sent i processen, og jeg valgte, ikke at starte forfra med en ny vinkel på min opgave. Hvis man skal sætte fokus på behandlingsaspektet mener jeg, man kan dele diskussionen i to – en politisk og en faglig – hvor man målrettet undersøger begreber, definitioner, prioriteringer, meninger og værdier i forhold til behandling i socialpsykiatrien. Dette kunne f.eks. gøres i form af interviews med repræsentanter fra socialministeriet, sundhedsministeriet, kommunerne (familie- og arbejdsmarkedsforvaltningen) og distriktspsykiatrien. Derefter i forhold til forskellige socialpsykiatriske institutioner. Først da kan vi komme nærmere en konklusion på hvorfor der er, og om der er, en skepsis og modstand i forhold til behandling i socialpsykiatrisk regi. Samt om det er hensigtsmæssig at opdele de forskellige tilbud, der bliver givet sindslidende, i behandlingspsykiatri og socialpsykiatri, og eventuelt se på hvad alternativet kan være.

Med dette essay har jeg forsøgt at belyse problemstillingen ‘behandling i en socialpsykiatrisk kontekst’, og jeg håber at emnet i nær fremtid også bliver taget op i politiske, psykiatriske og socialpsykiatriske fora.

Litteratur

- Aasgaard, T. (2002) *Song Creations by Children with Cancer – Process and Meaning*. Ph.d.-afhandling. Institut for Musik og Musikterapi. Aalborg Universitet.
- Bonde, L.O, Pedersen, I.N. & Wigram, T. (2001) *Musikterapi - når ord ikke slår til*. Århus: KLIM.
- Bruscia, K. (1998) *Defining Music Therapy* (Second edition). USA: Barcelona Publishers.
- Hannibal, N. (2001) *Præverbal overføring i musikterapi – kvalitativ undersøgelse af overføringsprocesser i den musikalske interaktion*. Ph.d.-afhandling. Institut for Musik og Musikterapi. Aalborg Universitet.
- Hoff, A. & Reisby, N. (1995) I: Rasmussen, H. (red.) *Metoder i socialpsykiatrisk arbejde*. Kbh: Forlaget Kommuneinformation.
- Holck, U. (2002) *'Kommunikalsk' samspil i musikterapi*. Ph.d.-afhandling. Institut for musik og musikterapi. Aalborg Universitet.
- Jensen, M.A. & Vendsborg, P. (1998) Distriktpsykiatrien og socialpsykiatrien taler sammen. *Psykiatri Information*, 5(2), s. 4-5.
- Karpatschof, B. (2001) *En evaluering af brugerens oplevelse af SKP-ordningen i Københavns Kommune*. Kbh.: Familie og Arbejdsmarkedsforvaltningen.
- Københavns Amt. Psykiatri og Socialforvaltningen (2002) *Socialpsykiatrien i Københavns Amt. - Teorier og metoder*. Albertslund: Hafnia Tryk A/S.
- Lundsteen, E. & Olsen, E. (2002) Nærhed og personlig vækst. *Socialpsykiatri 2002* (2), s. 26-27.
- Normann, L.M. (2004) *Musikterapi i en socialpsykiatrisk kontekst*. Kandidatspeciale, Institut for Musik og Musikterapi. Aalborg Universitet.
- Pedersen, I. N. (1997) The Music Therapist's listening perspectives as Source of Information in Improvised Musical Duets with Grown-up, Psychiatric Patients, Suffering from Schizophrenia. *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi*, 6(2), s. 98-111.
- Pedersen, I. N. (1998) Musikterapi som det første skridt i en psykoterapeutisk behandlingsform med skizofrene/psykotiske patienter. - en holdende og reorganiserende musikterapeutisk metode. I: Pedersen (red.). *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 1*, s. 65-90. Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet.
- PsykiatriFonden, Udtalelser fra kursus i skizofreni 03.11.2004. Personlig deltagelse.
- Ridder, H.M. (2003). Singing Dialogue. Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design. Ph.d.-afhandling. Institut for musik og musikterapi, Aalborg Universitet.
- Videnscenter for Socialpsykiatri (2000a) *Kvalitet i socialpsykiatrien*. Kbh.: Videnscenter for socialpsykiatri.
- Videnscenter for Socialpsykiatri (2000b) Dybvad Larsen, H. (red.) *Når rejsen er målet*. Kbh.: Videnscenter for Socialpsykiatri.
- Videnscenter for Socialpsykiatri's hjemmeside: www.socialpsykiatri.dk